NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Política financiera del paciente y formulario de consentimiento

Política financiera del paciente

Nos dedicamos a proporcionar el mejor cuidado y servicio posible a nuestros pacientes. Para evitar la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta acerca de estas políticas, por favor discuta con nuestro Gerente de oficina.

Cuotas y pagos

Compartimos sus preocupaciones sobre el aumento de los costos de atención médica. Nuestros honorarios representan cargos usuales y consuetudinarios basados en estándares comunitarios. Se espera que los pacientes paguen por los servicios profesionales en el momento de la visita. Nuestra política es recolectare Co-pago cuando llegue a su cita. Todas las formas de pago son aceptadas incluyendo efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y tarjetas de crédito incluyendo MasterCard, Visa, American Express, y Discover. Si usted tiene cualesquiera preguntas sobre nuestros honorarios, sienta por favor libre de discutir con nosotros.

Seguro

Tenemos un contrato con muchos planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Nosotros facturaremos estos planes y requeriremos que el paciente pague co-pagos autorizados, coaseguro y deducibles en el momento en que los servicios sean prestados. La responsabilidad del pago de los gastos de atención médica es la responsabilidad directa del paciente. El saldo restante se adeuda en el plazo de un mes después del aviso del asegurador. El paciente es responsable de obtener la autorización de su médico de atención primaria. El paciente es responsable de entender el proceso de autorización y el proceso de pago de su compañía de seguros.

Autorización del médico y asignación de beneficios

Por la presente autorizo al Northwest Houston Heart Center a liberar cualquier información médica y el diagnóstico solicitado por mi compañía de seguros y mis médicos tratantes. Entiendo que esta información incluirá, cuando sea aplicable, todo el trabajo hasta, pruebas, diagnóstico y el tratamiento. Los planes de tratamiento también incluyen todo el trabajo de sangre y los resultados específicos del análisis de laboratorio incluyendo la prueba del VIH para la diagnosis del síndrome inmune adquirido de la deficiencia. Además autorizo el pago directamente al médico asignado para los gastos quirúrgicos o médicos pagaderos bajo mi plan de servicios que me proporcionen.

Autorización para divulgar expedientes médicos

Estoy escribiendo para autorizar al Northwest Houston Heart Center para obtener mis registros médicos en mi nombre. Por favor envíe mis expedientes médicos por fax al 281-351-4915 o por correo a la siguiente dirección: 308 Holderrieth Blvd Tomball, TX 77375-4536

Aviso anticipado de no cobertura del beneficiario (ABN)

Usted está recibiendo este aviso porque su compañía de seguros no puede pagar por todos los servicios que usted recibe durante sus visitas a nuestra oficina. Usted necesita leer este aviso para que usted pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado. Si su compañía de seguros niega el pago, entonces usted es completamente responsable del pago en su totalidad a los servicios prestados a usted en esta instalación., usted entiende que usted puede apelar esta decisión por no pago a su compañía de seguros. Con este aviso, usted acepta tomar responsabilidad financiera por el costo de los suministros y servicios prestados a usted en su visita a nuestra instalación, si su compañía de seguros niega la cobertura de la misma. Si usted no desea ningún servicio no cubierto por su compañía de seguros, por favor infórmenos por escrito en el momento de la llegada.

Nombre de impresión_____ Fecha _____

Firma del paciente_____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Autorización para publicar/recibir expedientes médicos

Autorizo **Northwest Houston Heart Center** para: ☐ liberación a ☐ recibir de

_____

Teléfono_____ Fax_____

Autorización para divulgar expedientes médicos _____
Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social_____

Información que se publicará

_____

_____

Esta información se está publicando para el siguiente propósito:

☐ Atención continuada ☐ Seguro ☐ Abogado/Litigios ☐ Servicios de discapacidad

☐ Otros _____

Por favor, envíe los registros a (281)351-4915

_____ _____
Firma del paciente o representante legalmente autorizado Fecha

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

21216 NW Fwy Ste 640
Cypress, TX 77429

Phone: 281-351-4911 ● Fax: 281-351-4915 ● www.houstonheartcenter.com

NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Reconocimiento de prácticas de privacidad

He recibido el aviso de prácticas de privacidad y se me ha proporcionado la oportunidad de revisarlo

Fecha _____

Nombre _____
Última Primera Medio

Fecha de naciemento _____

Por favor enumere a los miembros de la familia u otras personas, en su caso, a quienes podamos informar acerca de su condición médica general y su diagnóstico (incluyendo planes de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica)

Nombre_____ **Relación** ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otros _____

Contacto #_____

Nombre_____ **Relación** ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otros _____

Contacto #_____

Nombre_____ **Relación** ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otros _____

Contacto #_____

¿se pueden dejar mensajes confidenciales, es decir, recordatorios de citas, resultados de laboratorio o cualquier información de atención médica en el buzón de voz de su casa/celular? ☐ Sí ☐ No

Firma del paciente _____ Fecha _____

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

21216 NW Fwy Ste 640
Cypress, TX 77429

Phone: 281-351-4911 ● Fax: 281-351-4915 ● www.houstonheartcenter.co

NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Información del seguro

¿tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No **Si es así, su ID de Medicare #** _____

Nombre del seguro primario_____ **Titular de la póliza**_____

Relación ☐ Auto ☐ Cónyuge ☐ Otros **ID#**_____ **Group#**_____

Nombre del seguro secundario _____ **Titular de la póliza**_____

Relación ☐ Auto ☐ Cónyuge ☐ Otros **ID#**_____ **Group#**_____

Información del paciente

Nombre _____ **fecha de nanciemiento** _____ **Edad** _____
Last First Middle

Seguro social _____ **Género** ☐ Hombre ☐ Mujer **Estado** ☐ Solo ☐ Casado ☐ Otros _____

Carrera/Ethnicity ☐ Blanco ☐ Hispana ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Otros _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado**____ **codigo postal**_____

Casa _____ **Célula** _____ **Trabajo** _____

Correo electrónico _____

Ocupación _____

Contacto de emergencia _____ **Relación**_____ **PH#** _____

Médico de atención primaria: _____

Médico remitente (Si es aplicable): _____

Motivo de su visita? _____

_____

¿algún síntoma anormal? Por favor explique_____

_____

NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Antecedentes médicos pasados	Historia del paciente	Historia familiar
Enfermedad de la arteria coronaria	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Ataque cardíaco	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Paro cardíaco	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Angioplastia, stent de heart arteries	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Derivación de arteria coronaria	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Enfermedad vascular periférica (PAD/PVD)	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Angioplastia, stent de las arterias de la pierna	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Estenosis de la carótida (obstrucción)	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Cirugía de la arteria carótida, stent	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Aneurisma aórtico abdominal	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Derrame cerebral	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Fibrilación auricular, aleteo atrial	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Diabetes	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Colesterol alto	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Presión arterial alta	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Colocación de marcapasos	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Colocación de desfibrilador	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Asma	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
COPD	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar)	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Coágulos sanguíneos en las venas de la pierna (DVT)	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Anomalías de la tiroides	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Cáncer	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Muerte súbita cardíaca		☐ Sí ☐ No Relación_____
Cualquier otra historia significativa del corazón	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Riñón, insuficiencia renal	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	☐ Sí ☐ No Relación_____
Dificultad respiratoria	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	
Dificultad respiratoria por la noche	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	
Dormir con más de una almohada para respirar más fácil	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	
Combinación de problemas cardíacos y pulmonares	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	
Hinchazón del tobillo	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	
Cambios recientes en la medicación	☐ Sí ☐ No ☐ inseguro	

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

21216 NW Fwy Ste 640
Cypress, TX 77429

Phone: 281-351-4911 ● Fax: 281-351-4915 ● www.houstonheartcenter.com

NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Historia social
¿Estás casado? ☐ Sí ☐ No
¿fuma actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos cigarrillos por día? _____
¿has fumado alguna vez? ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos por día? _____ ¿Cuánto tiempo?_____
¿Actualmente bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ ¿con qué frecuencia? _____
¿usas drogas recreacionales? ☐ Sí ☐ No

Marque todos los que apliquen (revisión de sistemas)	
Constitucional	☐ Aumento de peso ☐ Fiebre ☐ Sueño inquieto ☐ Pérdida de peso ☐ Ronquidos ☐ Fatiga
Oftalmología	☐ Cambio en la agudeza visual ☐ Visión doble ☐ Cataratas ☐ Desenfoque de la visión ☐ Dolor en los ojos ☐ Pérdida de la visión
ENT	☐ Mareos ☐ Secreción nasal ☐ Agrandamiento de los ganglios linfáticos ☐ Pérdida auditiva ☐ Dolor de garganta
Cardiología	☐ Dolor torácico ☐ Palpitaciones ☐ Soplo cardíaco ☐ Síncope/Desmayarse
Respiratoria	☐ Dificultad respiratoria ☐ Asma ☐ Tos ☐ Flema
Gastroenterología	☐ Intestino irritable ☐ Pólipos ☐ Cambio en los hábitos intestinales ☐ Colitis ☐ Úlceras ☐ Enfermedad hepática
GU	☐ Enfermedad renal ☐ Problemas vesicales ☐ Incontinencia urinaria ☐ Problemas de próstata
Musculoesqueléticos	☐ Hinchazón articular ☐ Dolor articular ☐ Calambres en las piernas ☐ Rigidez articular ☐ Ciática ☐ Osteoporosis ☐ Fractura ☐ Túnel carpiano
Psiquiatría	☐ Alto nivel de estrés ☐ Depresión ☐ Disturbios del sueño ☐ Trastorno alimenticio ☐ Ansiedad
Endocrinología	☐ Pérdida de peso ☐ Disturbio del sueño ☐ Frío/Calor Intolerancia ☐ Diabetes ☐ Anomalías de la tiroides
Neurología	☐ Cabeza ☐ Hormigueo/entumecimiento ☐ Convulsiones ☐ Pérdida de memoria ☐ Mareos ☐ Anomalía de la marcha
Dermatología	☐ Erupción ☐ Colmenas ☐ Cáncer de piel ☐ Hematomas frecuentes

Cuestionario de circulación

Preguntas sobre la circulación venosa, ¿necesito un examen para la insuficiencia venosa crónica?	
¿están sus piernas hinchadas, dolorosas, rojas o tibias al tacto?	☐ Sí ☐ No
¿ha tenido un coágulo de sangre en una vena que causó inflamación, dolor o irritación?	☐ Sí ☐ No
¿tiene varices (venas agrandadas/hinchadas y elevadas) en las piernas?	☐ Sí ☐ No
¿ha tenido una trombosis venosa profunda (TVP) en el pasado y está experimentando dolor, hinchazón, cambios en el color de la piel, celulitis o úlceras no cicatrizantes?	☐ Sí ☐ No
¿sus piernas se sienten pesadas, cansadas, inquietas o adoloridas?	☐ Sí ☐ No
Si usted empuja el pie hinchado, el tobillo o la pierna durante 10 segundos y se suelta, ¿deja un hoyuelo?	☐ Sí ☐ No
Si sus pies, tobillos y piernas están hinchados, ¿la piel se ve estirada o brillante?	☐ Sí ☐ No
¿tiene una úlcera en el interior del tobillo?	☐ Sí ☐ No

Preguntas sobre la circulación arterial, ¿necesito un examen para la enfermedad arterial periférica?	
¿tiene pie/pantorrilla/nalga/cadera/malestar del muslo (dolor, fatiga, hormigueo, calambres o dolor) cuando usted camina que es aliviado por el descanso?	☐ Sí ☐ No
¿experimenta algún dolor en reposo en sus piernas o pies inferiores?	☐ Sí ☐ No
¿experimenta dolor en los pies o en el pie que a menudo perturba el sueño?	☐ Sí ☐ No
¿están los dedos de los pies pálidos, descoloridos o azulados?	☐ Sí ☐ No
¿tiene heridas en la piel o úlceras en los pies o los dedos del pie que son lentas para curar (8-12 semanas)?	☐ Sí ☐ No
¿su médico le ha dicho alguna vez que tiene pulsos de pedal (pie) disminuidos o ausentes?	☐ Sí ☐ No
¿ha sufrido una lesión grave en la pierna o en los pies?	☐ Sí ☐ No
¿tiene una infección de las piernas o de los pies que pueden ser gangrenosos (tejido cutáneo negro)?	☐ Sí ☐ No

Nombre del paciente (por favor imprima) _____

NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

Medicamentos actuales con dosificaciones Por favor, enlistarlos aquí o darles al personal cuando llegue a la sala de examen
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

¿hospitalización reciente/procedimientos de diagnóstico importantes? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique Cuándo/dónde/y por qué razón _____

_____

¿alergias a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor enumere el nombre de los medicamentos y el tipo de reacción _____

_____

¿alergia al tinte del yodo? ☐ Sí ☐ No

Si sí, por favor describa la clase de reacción _____

_____

Firma del paciente _____ Fecha _____

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

21216 NW Fwy Ste 640
Cypress, TX 77429

Phone: 281-351-4911 ● Fax: 281-351-4915 ● www.houstonheartcenter.com